

В ПОИСКАХ АУТИЗМА

Владимир Эдуардович Пашковский

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
кафедра психиатрии и наркологии, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41,
e-mail: pashvladimir@yandex.ru*

Реферат. В лекции рассматриваются некоторые этапы концептуальной истории аутизма. Аутизм сегодня является широко используемым термином, однако, его толкование значительно изменилось с момента первого введения в научный оборот почти 100 лет назад. Он анализируется в широком континууме: норма – пограничные состояния – шизофренические психозы. Отсутствие четкого определения и, следовательно, надежности размывает первоначальное значение этого термина, который не находит места в современных диагностических системах. Исключение понятия «аутизм Блейлера» из списка диагностических критериев размывает сущностную основу шизофрении как единой нозологической единицы с возвращением к доблейлерскому этапу ее диагностики. Кризис в понимании аутизма может быть преодолен путем интерфейса между традиционной и экзистенциальной психиатрией.

Ключевые слова: аутизм, концептуальная история, шизофрения.

SEARCHING FOR AUTISM

Vladimir E. Pashkovskiy

I.I. Mechnikov Northwest State Medical University,
Department of psychiatry and narcology,
191015, St. Petersburg, Kirochnaya street, 41,
e-mail: pashvladimir@yandex.ru

In this lecture some milestones of the conceptual history of autism are considered. Autism today is a widely used term, yet what is understood by autism has changed considerably since first being introduced in scientific discourse almost 100 years ago. Autism is analyzed in a level continuum: norm - personality disorder - schizophrenic psychoses. The lack of a clear definition and hence of the reliability blurs the original meaning of the term, that has no place in modern diagnostic systems. Exclusion of the “Bleuler autism” concept from the list of diagnostic criteria blurs the essential basis of schizophrenia as a single nosological unit with a return to pre-Bleuler diagnostic period. The crisis in the understanding of autism can be overcome by the interaction between traditional and existential psychiatry.

Key words: autism, conceptual history, schizophrenia

В психопатологии найдется немного терминов, сущность которых с самого начала их возникновения подвергалась постоянным уточнениям, переосмыслениям, отклонениям от первоначального замысла автора. Симптом аутизма впервые был описан Е. Блейлером в работе

о шизофрении [27]. Сущностью этого симптома является преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира. Как и в большинстве психологических и психопатологических дефиниций, объяснительная часть термина «аутизм» непонятна без дополнительных толкований. Дело касается неоднозначности понятия «внутренний мир». По Демокриту внутренний мир отражает внешний, являясь его копией, но преобразованной в соответствии с целями и задачами жизни человека. Гностическая традиция наделяет внутренний мир самостоятельным, независимым от реальности содержанием.

Наблюдая своих больных, Е. Блейлер уловил необъяснимую наличием продуктивной психопатологической симптоматики особенность пациентов, проявляющуюся в немотивированном уходе в себя, в длительном отказе от контактов с внешним миром. Обнаруженное явление не поддавалось описанию в рамках принятых в психопатологии симптомов и синдромов.

В настоящее время в учении об аутизме обозначился кризис. В связи с отсутствием ясного представления о взаимосвязях между концептуальными и клиническими аспектами, аутизм не получил стойкой клинической ниши, устойчивого и четко определенного положения в клинической картине шизофрении [14], а его описание в разделе F2 «шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» МКБ-10 отсутствует [19]. Причины этого кризиса заложены уже в самой авторской концепции, наиболее ярко проявившиеся в труде «Аутистическое мышление» [4]. В нем, написанном под влиянием теории З. Фрейда, толкование аутизма вышло за рамки психопатологического модуса. Приводя пример пациентки К.Г. Юнга, которая заявляла, что она является Швейцарией и также – Ивиковым журавлем, владелицей всего мира и семиэтажной

фабрикой банковых ассигнаций, Е. Bleuler отмечал: «Все это кажется, на первый взгляд, полной бессмыслицей, и действительно является бессмыслицей с точки зрения логики. Но если мы присмотримся внимательнее, то мы найдем в каждом случае понятные связи: мысли по существу подчиняются аффективным потребностям, т.е. желаниям, а иногда и опасениям; пациентка является Ивиковым журавлем, потому что она хочет освободиться от чувства виновности и порочности; она Швейцария – потому что она должна быть свободна». Психоаналитическая версия аутистических переживаний с акцентом на таких неклинических понятиях, как нереализованные желания, грезы, мечты за все время существования термина не подвергалась ревизии [25, 35]. Например, в монографии А.Н. Корнетова с соавт. [11] приводится следующая клиническая беседа с пациентом С.: *«Врач. У Вас есть другие специальности? – Больной. – Я командир военного корабля. – Но ведь моряки обычно люди высокого роста и мощного телосложения? – Я высокий, могучий мужчина. – Вы женаты? – Я женат на самой красивой женщине в мире. – Почему Вы находитесь среди больных часто в нижнем белье или даже обнажены? – Я нахожусь у себя в прекрасном кабинете, на мне роскошный костюм».* «Вряд ли следует доказывать, – разъясняют авторы, – что высказывания больного обнаруживают лишь самое поверхностное, внешнее сходство с идеями величия. Это классические аутистические фантазии, где стерты грани между желаемым и реальным... образ капитана военного корабля символизирует для него (больного – В.П.) мужество и силу, которых он был лишен. Отсутствие половой жизни замещается фантазиями о брачном союзе с самой красивой женщиной». В приведенном анализе не ясно, действительно ли высказывания больного являются нереализованными фантазиями и неосуществленными мечтами. Анозогнозия, не позволяющая больному с аутизмом репрезентировать самого себя, препятствует проникновению в его внутренний мир, и устанавливать соответствие высказываний подлинным переживаниям в прошлом и настоящем [15].

Усматривая результат аутистического мышления в вытеснении неприятных и создании приятных представлений, Е. Bleuler стирает демаркационную линию между психопатологией и нормой, рассматривая аутизм и как индивидуальную особенность здорового человека,

связанную с предпочтением внутренней жизни внешней. С понятием аутизм он сблизил понятие «интроверсия» К.Г. Юнга [21], отметив при этом, что «в довольно большой части аутизм покрывается этим понятием» [4].

Таким образом, аутизм перестает быть патогномоничным для шизофрении симптомом и рассматривается в континууме от нормы до тяжелого психического расстройства. Заметную нишу в этом континууме занимают концепции Ж. Пиаже об аутистической стадии развития детского мышления [18] и Э. Кречмера о шизоидном темпераменте [13]. По автору аутизм – это не просто замкнутость, а «жизнь в самом себе». По внешнему виду шизоидного человека, по его поведению и манере общаться, трудно судить, что он чувствует, каково его настроение, как он относится к тому, что происходит вокруг него. Более того: внешние события могут играть для душевного состояния шизоида очень малую роль. При шизофрении аутистические проявления выглядят по-иному. Я. Вирш [6] описывает четыре особенности шизофренического аутизма, отличные от проявлений шизоидного характера: отсутствие периодичности в течении, отсутствие какого-либо продуктивного созидательного элемента в построении картины болезни, отсутствие переживания недостаточности собственной активности, и, наконец, отсутствие позиция по отношению к болезни. По мнению А. Эя, неверно также говорить об аутизме только для обозначения интроверсии, отношения отказа или отрицания действительности. Исходя из этого, аутизм «был бы всего лишь неким негативистским поведением, высшим выражением которого был бы защитный колпак [22]. По автору – аутизм – это такая форма, которая овладевает психической жизнью, чтобы организовать в замкнутую систему личности и ее мира.

Вместе с тем, в связи с отсутствием аутизма как отдельного признака в международных классификациях шизофрении, клинические картины с аутизмом, эксцентричным поведением без позитивных симптомов наталкиваются на диагностические трудности [34]. Целесообразно обсудить эти трудности с помощью клинического примера.

Пациентка В.Е., 29 лет. Мать отличалась странностями в поведении, была замкнута, молчалива, нелюдима. После развода с отцом пациентки не отвечала на звонки, не пускала родных в квартиру. Умерла от воспаления легких, за помощью долгое время не обращалась, родным

не сообщала, дети узнали о том, что мать больна по звонку медицинского работника. Старший брат лечился в больнице неврозов. Пациентка родилась в срок, в раннем детстве болела простудными заболеваниями, краснухой, ветряной оспой. С 5 лет посещала логопедический детский сад, адаптировалась хорошо. В школу пошла с 7 лет. В школе со сверстниками отношения складывались хорошо, была общительной. Училась на «хорошо» и «удовлетворительно», любила географию. Занималась синхронным плаванием, танцами, изучала английский язык. Окончила технический ВУЗ, получила специальность программиста. Работала офис-менеджером. С 2013 г. стала испытывать дискомфорт, испытывала чувство утомленности, отсутствия сил, энергии. Состояние пассивности все более предпочитала активной деятельности. После смерти матери стала проживать в ее квартире. В мае 2015 года ушла с работы, мотивируя это постоянной усталостью. Родственниками было отмечено, что в последнее время перестала общаться с друзьями и родными. Сама описывает себя как общительную, при этом с лучшей подругой последний раз встречалась 3 года назад.

Около трех лет назад стала рассказывать родным про коллегу, с которым у нее завязались отношения, а также про конкуренцию за него с начальницей. Со временем рассказы стали носить сумбурный, противоречивый характер. Называла коллегу своим мужем, говорила, что он постоянно в командировках, иначе она бы обязательно познакомилась с ним со своими родными. Брат пациентки разыскал этого мужчину через социальные сети, встретился с ним. Мужчина оказался женат, давно не видел пациентку, и только несколько раз подвозил ее по пути от работы, никаких больше близких отношений не было. Некоторое время, со слов пациентки, жила на деньги, полученные в наследство от матери, быстро их истратила. Последнее время стала брать кредиты в больших размерах и жить на эти деньги, на работу не устраивалась. С января 2016 года стала занимать деньги у родственников, говоря, что у нее «вскрыли сумку», «у мужа украли банковские карты». Весной 2016 года призналась родственникам, что у нее имеется долг по кредитам в размере двухсот тысяч рублей. Отец с братом оплатили кредиты, забрали ее паспорт, покупали продукты и выдавали небольшие суммы денег. Пациентка восприняла это как само собой разумеющееся, на работу

устраиваться не собиралась, посещала туристические агентства, агентства по недвижимости, просматривала элитное жилье, покупала дорогие вещи. В августе 2016 года родные обратились за помощью к психиатрам.

При поступлении в больницу открыто говорила о себе, своей «любви», рассказывала всем о том какой ее «муж» богатый, и что все вокруг завидуют ей, считала, что родственники напрасно направили ее лечиться. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Опрятна. Настроение несколько приподнято. Благодушна. Пребыванием в стационаре не тяготится.

Данные обследования. Клинические и биохимические анализы крови и мочи без патологии. Рентгеноскопия органов грудной клетки. Легкие, сердце, аорта без видимых патологических изменений. Заключение невропатолога. Со стороны нервной системы патологии не выявлено. Терапевт. Со стороны внутренних органов без патологии. Гинеколог. Гинекологических заболеваний не выявлено. *Virgo*. Психолог. По результатам психодиагностического исследования можно сделать следующие выводы: психомоторный темп незначительно замедлен, сенсомоторные реакции быстрые, с отсутствием признаков повышенной утомляемости и истощаемости; процесс активного запоминания без существенного ослабления, соответствует средне нормативным показателям, снижена продуктивность опосредованного запоминания; в мышлении на фоне сформированного средне нормативного уровня обобщения, отмечаются проявления конкретности суждений, недоступность понимания переносного смысла усложненных вариантов пословиц, наряду с этим отмечаются затруднения в дифференциации существенных признаков от малозначимых, с единичной опорой на латентные признаки, снижение критичности; структура интеллекта неравномерная, с выраженным западением отдельных функций, превышением вербальных показателей над невербальными более чем на 2 сигмы (22 балла), большим разбросом между отдельными субтестами, от 5 до 13 баллов. Общий уровень интеллекта (методика Векслера) соответствует уровню «Низкой» возрастной нормы – $IQ = 93$ б. (IQ верб.=103 б. соответствует уровню «средней» нормы и IQ неверб.=81 б. соответствует пограничному уровню); личностный профиль ММРП без патологических отклонений, выявляет акцентуацию по гипертимному типу, черты эмоциональной

незрелости, позитивную самооценку, отсутствие углубления в серьезные проблемы, оптимистичное восприятие окружающего, радужность надежд, житейские трудности воспринимаются как легко преодолимые. Цветовой выбор отражает смешанный тип реагирования, неустойчивость мотивационной направленности, экзальтированность, стремление привлечь внимание окружающих, избирательность в контактах, своеобразии интересов, стремление уйти от ответственных решений, переключиться на малозначимые от проблем занятия, бегство в мир иллюзорных представлений, отвечающих собственному настроению и желаниям.

Беседа с пациенткой. Врач. – *Здравствуйте, присаживайтесь. Мы собрались, чтобы уточнить Ваш диагноз и сроки лечения. Вы не возражаете?* – Больная. Нет. – *Тогда расскажите, пожалуйста, что явилось поводом для Вашего поступления в нашу больницу?* – Я считаю себя здоровой. – *Вам предлагали в приемном отделении дать согласие на лечение?* – Мне сказали, что если я не дам согласие, то больница будет спрашивать разрешение у судьи, а с судом я связываться не хочу. Поэтому подписала согласие. – *Что-либо изменилось в Вашем состоянии в последнее время?* – Да. Стала замкнутой. Замкнулась в себе, сейчас спокойно себя чувствую, нет ощущения замкнутости, проблем с общением. – *Когда появилась замкнутость?* – Три года назад, но особенно 2-3 месяца, все накапливалось. – *Когда появились проблемы с общением?* – После смерти мамы, она была для меня очень близким человеком. – *Вы не возражаете, если мы коснемся Вашей биографии?* – Нет. – *С какого возраста Вы себя помните?* – С детства. – *А конкретнее?* – Со школы помню. – *А с детского сада?* – Совсем немного. – *В школу пошли обычную?* – Да. – *А как с успеваемостью?* – В начальной школе получала четверки и пятерки. – *А были ли какие-либо особенности во взаимоотношениях со сверстниками?* – Не знаю. Были ли у Вас проблемы с успеваемостью в средней школе? – Были тройки. – *А чем Вы это можете объяснить?* – Наверное, загруженностью. Училась в музыкальной школе, занималась английским. Не всегда успевала делать домашние задания. – *Сколько классов закончили?* – Одиннадцать. – *А дальше?* – Я окончила горный институт. – *И что изучали?* – Информационные системы. *Кем работали после университета?* – Оператором колл-центра, офисным менеджером. – *Что значит колл-центр?* – Это центр

обработки звонков. – *И сейчас работаете?* – Сейчас не работаю. – *Когда и в связи с чем Вы прекратили свою трудовую деятельность?* – В мае 2015г. – *А что случилось в мае?* – Я решила уволиться. – *Почему?* – Накопилась усталость. – *А когда Вы увольнялись из-за усталости, Вы думали на что жить?* – У меня были накопления. – *А Вы планировали, на что будете жить, когда накопления закончатся?* – Не закончатся, если деньги правильно тратить. – *И как Вы их тратили, что покупали?* – Конечно, я питалась в первую очередь. – *А кто-нибудь Вам помогал?* – Ну, я старалась быть независимой. Пока деньги были – никто не помогал. – *А потом?* – Я брала кредиты. – *А как Вы думали их отдавать?* – У меня есть молодой человек, он обещал помочь. – *Расскажите о Вашем молодом человеке и о Ваших взаимоотношениях.* – Это моя личная жизнь. – *Поймите, мы хотим узнать о нем не из-за праздного любопытства. Нас интересует, сколько ему лет, может ли он Вас содержать?* – Он мой коллега, ему 39 лет. – *Есть ли у него жена, дети?* – У него нет ни жены, ни детей. Он собирается на мне жениться. – *Вы вместе живете?* – Нет. – *А почему?* – В квартире, где я живу нужно все разбирать, так что мы пока не съехались. Каждому свое. Кто-то съезжается, кто-то разъезжается. – *У вас близкие отношения?* – Да. – *Раз у вас такие отношения, вы должны где-то встречаться?* – У него есть квартира. – *А на Вашей квартире вы никогда не встречались?* – Нет. – *А как часто вы с ним встречаетесь?* – Один-два раза в неделю, на выходных, в пятницу вечером и в воскресенье. – *Между вами большая любовь?* – Он меня очень любит, и я его очень люблю. – *Если он Вас очень любит, то почему он ни разу не навестил Вас у нас в больнице?* – А у меня нет его телефона, вернее он есть, но я его не помню. – *Скажите, а как объяснить? У Вас есть близкий друг, а имени и фамилии его Вы не знаете, телефона не знаете.* – Имя и фамилию его я знаю. – *А чем Вы объясните то, что он не предпринимает никаких шагов, чтобы Вас разыскать.* – Он работает. – *Но от него же никто не требует, чтобы он бросил работу, достаточно предпринять некоторые шаги через Ваших родственников, общих знакомых, чтобы узнать, где Вы находитесь.* – А у нас необычные отношения. – *Что значит необычные, в чем они проявляются?* – В том, что я его никогда не знакомила с родственниками. – *Что для Вас важнее во взаимоотношениях с Вашим другом – духовная близость или физи-*

ческая? – И то, и то. *Давайте вернемся к Вашей кредитной истории. Со слов Ваших родственников Вы стали активно выпрашивать деньги у родственников.* – Я, как будущая мама отвечаю, что если с моим ребенком что-нибудь случится – я буду ему помогать. – *А на каком основании Вы решили, что Вы – будущая мама?* – Ну, я планирую стать мамой. У меня есть молодой человек, и есть другие молодые люди, которые звонят и хотят на мне жениться. – *Вы говорили, что у Вас большая любовь, а оказывается, что Вы не прочь завести отношения с другими молодыми людьми.* – Мне 29, а не 25. Если в ближайшее время не родить, то будет нездоровый ребенок. – *Есть вопрос, который мы задаем всем пациенткам. Скакого возраста у Вас началась половая жизнь?* – Я не хочу отвечать на этот вопрос. – *Дело в том, что Вас осматривал гинеколог, который не обнаружил у Вас повреждений девственной плевы. Поэтому я уточню вопрос. Жили Вы половой жизнью или нет?* – Я никогда не жила половой жизнью, но так как у меня есть два мужчины – одна я не останусь. Я сейчас готова к интимной жизни. Но до этого не получалось, потому что я не любила. *Что Вы будете делать после выписки?* – Пойду работать офисным менеджером.

Обсуждение. Анализируя приведенный клинический случай, следует определиться, с чем мы имеем дело – с симптомом, синдромом или с болезнью. Первое, что бросается в глаза – «разрыв жизненной кривой». До определенного времени пациентка была активной, успешной, общительной, а затем, без внешне видимых причин стала замкнутой, сузила круг общения, уволилась с работы. Чувство повышенной утомляемости психологически не мотивировано, не связано с экзогенными или психогенными воздействиями и не подтверждается психологическим исследованием. Увольнение с работы, накопление кредитов с формально-логической точки зрения не кажется чем-то необычным. В силу различных обстоятельств люди бросают работу и живут в долг. Но в нашем случае успешная женщина с высшим образованием с достатком, позволяющим содержать себя и оплачивать жилье, разрывает социальные связи, бесцельно занимает деньги, не понимая того, что долг нужно отдавать: «Я, как будущая мама отвечаю, что если с моим ребенком что-нибудь случится – я буду ему помогать». Такое необычное поведение W. Blankenburg [26] обозначил как «кризис здравого смысла», под которым он понимал утрату способности видеть

вещи в соответствующей перспективе, утрату чувства меры, непонимание «правил игры» и непонимание того, что является адекватным, целесообразным и актуальным. Второе, на что следует обратить внимание, это на не соответствующие объективной реальности высказывания больной о некоем молодом человеке, которого она очень любит и который влюблен в нее и собирается на ней жениться. Эти высказывания в известной степени можно трактовать как бред. Однако здесь не наблюдались специфические для первичного бреда бредовые восприятия, бредовые представления, бредовые осознания, психопатологические феномены отношения и значения [23]. Для описанного J-E. Esquirol [28] эротического (любовного) бреда характерно убеждение больной в обладании редкой красотой, привлекательностью, обнаженной прямолинейностью, упорной борьбой за обладание мнимым партнером, вторжения в чужие семьи [9]. Ничего подобного мы у нашей пациентки не видим. Рассказывая о своих любовных взаимоотношениях, она с одной стороны утверждает, что встречается со своим избранником два раза в неделю, с другой – не может назвать номера его телефона, не живет половой жизнью и заявляет, что готова к интимным отношениям, поскольку кроме любимого мужчины у нее есть другие молодые люди, которые звонят и хотят на ней жениться. Резкое нарушение социального функционирования оставляет больную совершенно равнодушной. Логическое обоснование своих утверждений не являются сколько-нибудь важным или обязательным. Пациентка ориентируется на внутренние события, а действительное положение дел ею не осознается. По заключению психолога, она показывает стремление уйти от ответственных решений, переключиться на малозначимые от проблем занятия, бегство в мир иллюзорных представлений, отвечающих собственному настроению и желаниям.

Если квалифицировать описанную клиническую картину как аутизм, то к какому классу явлений следует его отнести: к симптомам, синдромам или к болезни? Под симптомами в медицине понимаются элементарные, неделимые признаки, например, акаозмы, брадикардия, вербигерация, гиперестезия и др. Однако свести наблюдаемые нами у пациентки противоречия с реальной действительностью и логические несоответствия к единому симптому затруднительно. Впервые на это обратил внимание E. Minkowski [31], который рассматривал аутизм как «исходное

(образующее) расстройство (*trouble generateur*)», из которого происходят остальные проявления шизофрении. Нарушаются не отдельные психические процессы, возникают не изолированные психопатологические симптомы, а дезорганизуется вся психическая деятельность. Для описания этого состояния Minkowski приводил слова Крепелина, сравнивающего психическое состояние таких больных с «оркестром без дирижера», и Chaslin – с «машиной без горючего» [16].

Синдромологический подход к аутизму предполагал разделение его на элементы, подчиненных некой общей закономерности, однако понятие «аутистический синдром» в психопатологии шизофрении не утвердилось. Одни авторы отводили особую роль аутистическому мышлению, считая его облигатным признаком аутистического синдрома [12], другие – такую же роль отводили отсутствию потребности в общении [5], третьи – считали необходимым сузить понятие «аутизм», сводя его лишь к замкнутости больного и потере аффективного контакта с окружающим [17]. Но ослабление контакта с внешним миром может иметь разные объяснения. Это может быть углубленность художника при создании произведения и ученого при решении задачи, это может быть проявлением психического недоразвития или деменции или следствием глубокой депрессии [22]. Но это может быть и следствием разрыва (*Spaltung*), утраты единства психических процессов. Н. Еу [29] выделил пять признаков этого разрыва: 1) разделение всех операций ума на противоречивые тенденции: утверждение–отрицание, согласие–несогласие, влечение–отвращение; 2) странность, паралогичность, парадоксальность; 3) непроницаемость: все проявления психической жизни больного кажутся загадочными, нарушено понимание в отношениях с пациентом; 4) солипсизм. Образ мысли и поведение, не соответствующее реальным жизненным отношениям; 5) деструктурация сознания.

Трудность прикрепления аутизма к традиционным психопатологическим категориям, приводили исследователей к весьма пессимистическим выводам. Психопатологическая симптоматика, по замечанию Э.Я. Штернберга [20], «растворяется в потоке чисто словесных метафор». Неопределенность и размытость понимания аутизма выражаются как в абстрактной характеристике «шизофренического существования», так и в отождествлении аутизма с бредом, не только снимающим проблематику их взаимосвязи,

но и ставящим под сомнение концептуальную ценность самого аутизма.

Возможные пути преодоления кризиса в проблеме аутизма был намечен датскими исследователями J. Parnas [33], P. Bovet [32], M.G. Henriksen и L.A. Sass [30]. Они предложили применить к рассмотрению аутизма понятия гештальта. Термин «Гештальт» впервые был предложен венским Христианом фон Эренфельсом. Для него гештальт был психическим целым, формирующимся в процессе структурирования перцептивного поля. Для научного мышления революционный потенциал лежит в утверждении, что не анализ отдельных элементов дает знание. Дальнейший и более тонкий анализ и деление на элементы не только не увеличивает знание, но даже делает его невозможным. Скорее, наше сознание формирует отдельные элементы целого. Утверждение Эренфельса о том, что мы воспринимаем целое, и целое не есть простая сумма частей, было в дальнейшем переработано берлинской школой гештальт-психологии в один из базовых постулатов: «Целое предшествует частям, а гештальт – это первичная характеристика функционирования организма, отражающая, в частности, стремление индивида к закрытию/удовлетворению, чтобы вернуть чувство равновесия». Ведущими фигурами здесь были М. Вертхаймер, К. Коффка и В. Келер [7]. В психопатологии гештальт-анализ впервые применил К. Конрад [10]. Он считал, что гештальт – это то, что возникает на границе между субъектом и объективным миром, причем возникает непрерывно. Существование гештальта обеспечивается постоянным изменением поля переживаний в зависимости от изменения внешней ситуации. Например, услышав крик позади себя, человек автоматически полагает, что обращаются к нему. Однако, обнаружив ошибку, его *Я* перемещается от центра поля на периферию. Гештальты характеризуются замкнутостью, отчетливой выраженностью границ, симметричностью, внутренней структурой, приобретающей форму фигуры. Те гештальты, у которых эти свойства выражены отчетливо, называются прегнантными, а непрегнантными – те, где все эти качества размыты. Примером может служить симптом Капгра (ложные узнавания), где нарушается дифференциация знакомых и незнакомых.

Нечто подобное происходит и при аутизме. Возвращаясь к нашему примеру с В.Е., мы видим, что в объективном мире молодой человек,

если и знает о существовании пациентки, то никаких контактов с ней не поддерживает, все ее социальные связи ослаблены, с отцом и братом она общается только по поводу кредитов. В ее же внутреннем мире существует большая любовь, регулярные встречи, молодые люди, которые мечтают на ней жениться. Все сигналы из внешнего мира не сказываются ни на переживаниях больной, ни на поведении, поле переживаний не меняется при изменении внешней ситуации. Казалось бы, мало что объединяет переживания В.Е. с переживаниями больного С. [11]. А с другой стороны общее есть. Отсутствие рефлексии, т.е. умственной деятельности направленной на осмысление своих действий, несмотря на формальные диалогические отношения, делает внутренний мир больного непроницаемым, ригидным, непластичным.

Возвращаясь к аутистическому мышлению, можно провести аналогию с концепцией о парадигматических и синтагматических отношениях в системе языка. Парадигматические отношения – это отношения противопоставленности и функционального тождества языковых элементов. Логической формулой здесь является «ИЛИ – ИЛИ». Напротив, синтагматические отношения можно определить как отношения сочетаемости элементов одного уровня в речевой цепи. Логической формулой синтагматических отношений является формула «И – И», т.е. и один элемент и другой элемент вместе, рядом, один за другим, образуют ленту, цепь однопорядковых элементов определенной протяженности [2]. В наших клинических примерах «парадигматические» отношения отсутствуют: пациент С. одновременно женат на самой прекрасной женщине и один на всем белом свете, пациентка В.Е. «регулярно встречается с любимым мужчиной, с которым у нее духовная и физическая связь» и в то же время она девственница. Именно отсутствие этих парадигматических противопоставлений ведет шизофреническую личность к распаду, сущность которого ярко выразил А. Эй: «Больной, страдающий шизофренией, располагает собой лишь в отдельных гранях; каждая из них соответствует образу, «маске», которая является как бы частью личности. То он чувствует, живет и разговаривает, будто маленький ребенок; то он ведет себя, как узник; пишет, как математик; одевается, как индус. Последовательно и одновременно бродяга и вельможа, употребляющий без разбора личные местоимения («мы» вместо «я», «он» вместо «я»,

«ты» вместо «я»). Он удивлен, что у него есть имя: его идентичность растворяется в разнообразии не связанных между собой образов, воспоминаний, мыслей или чувств. Постоянные непризнания» (событий, личностей, смерти соседа, собственной свадьбы, собственной невинности или помещения в клинику и т. д.) – совершенно типичные проявления неспособности составить собственную историю и тенденции к распаду на психические разрозненные фрагменты» [22].

Таким образом, характеризуя аутизм, мы видим, что он представляет собой, с одной стороны, несомненную клиническую реальность, с другой, невозможность структурировать его в рамках синдрома, поскольку синдром не является объективно существующим, воспроизводимым в эксперименте гештальтом, формально упорядочивающим многообразные внешние явления [15].

На уровне наших сегодняшних знаний, можно предложить следующее рабочее определение: *аутизм как психопатологическое образование представляет собой расстройство, характеризующееся существованием больного во внутреннем мире с самостоятельным, независимым от реальности содержанием, отсутствием влияния окружающей действительности на содержание внутреннего мира и поведение, сочетанием и одновременным существованием не связанных между собой и противоположных представлений.* Данное определение не претендует на всеохватность. И сегодня остается непровержимым замечание Л. Бинсвангера: «Что такое аутизм, мы не знаем. Мы имеем слово и объяснение, но психопатологически-феноменологическая сущность аутизма нами не познана. Когда Блейлер в своем учебнике объясняет: «Мы называем аутизмом отрыв от действительности наряду с относительным и абсолютным преобладанием внутренней жизни», то он описывает только, при каких условиях мы говорим об аутизме, а вовсе не о том, как аутизм выглядит. Даже если мы перечислим всю совокупность признаков аутизма, все же его самого мы перед собой еще не увидим» [3].

О блейлеровском аутизме, считавшимся когда-то основным признаком шизофрении в последние годы говорится очень мало. Электронный ресурс PubMed содержит 14 источников с 1991 по 2013 г. Современные психиатрические классификации [19, 24], включающие перечень критериев, задуманных вначале как оперативные знаки, дающие направления диагностическому поиску, постепенно приобрели концептуальную

основу. В DSM-V [24] шизофрения определяется пятью признаками: бредом, галлюцинациями, дезорганизованной речью, дезорганизованным или кататоническим поведением и негативными симптомами. *Из определения шизофрении уходят такие сущности как «расщепление», «нарушение единства психики».* Нозологическое прикрепление аутизм находит лишь в описании синдрома Каннера (ранний детский аутизм), хотя аутизм Каннера и аутизм Блейлера находятся в таких же соотношениях как «олигофрения» и «деменция». Аутизм Каннера является врожденным, а аутизм Блейлера приобретенным расстройством. Общим в одном и другом случае является критерий нарушения социального взаимодействия, других точек соприкосновения между ними нет. Перечень негативных симптомов в МКБ-10 [19] включает апатию, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций. Блейлеровскому аутизму здесь места не находится. В современных психиатрических глоссариях аутизм описывается либо как одно из проявлений шизоидной психопатии, либо как дефектное состояние в конечных стадиях шизофрении [1]. Наблюдается диагностический перевес в сторону лишь одной – параноидной формы шизофрении, составляющей по данным переписи стационарного контингента 94,6% от всех расстройств шизофренического спектра [8]. Создается впечатление, что аннулирование аутизма размывает сущностную основу шизофрении как единой нозологической единицы с возвращением к доблейлерскому этапу ее диагностики. Будет ли преодолен кризис путем интерфейса традиционной и экзистенциональной психиатрии в понимании аутизма – покажет время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриев А.К., Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. М., 1990. 105 с.
2. Баранникова Л.И. Основные сведения о языке. М.: Просвещение, 1982. 112 с.
3. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология. Пер. с нем. // Логос. 1992. № 3. С. 125–136.
4. Блейлер Е. (Bleuler E.) Аутистическое мышление. Пер. с нем. Одесса: друк. “Поліграф”, 1927. 81 с.
5. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология: пособие для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. Ростов н/Д.: Феникс, 2003. 416 с.
6. Вирш Я. Шизофреническая персона. Исследования клиники, психологии, способа Dasein’a. Пер. с нем. М.: Грифон, 2015. 228 с.
7. Вулф Р. Исторические корни теории Гештальт-терапии // Журнал Практического Психолога. 2003. № 3. С. 43–53.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих лечение в психиатрической больнице // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. №3. С. 48–54.
9. Жмуров В.А. Психопатология. Иркутск: Издательство Иркутского университета, 1994. 544 с.
10. Конрад К. Гештальт анализ в психиатрических исследованиях. Пер. с нем // Независимый психиатр. журнал. 2015. № 3. С. 9–16.
11. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Клинико-генетико-антропометрические данные и факторы экзогенной ритмики при шизофрении. Киев: Здоров’я 1984. 152 с.
12. Красильников Г.Т. Аутизм и аутистический синдром // Журн. невропатол. и психиатр. 1996. № 2. С. 105–110.
13. Кречмер Э. Строение тела и характер. Пер. с нем. СПб: Академический проект, 2015. 328 с.
14. Микиртумов Б.Е., Завитаев П.Ю. Аутизм. История вопроса и современный взгляд. СПб: Издательство Н-Л, 2012. 144 с.
15. Назлоян Г.М. Маскотерапия. Методика и техника. М.: НП Центр психотерапии (Маскотерапия), 2005. 298 с.
16. Нуллер Ю.Л. Структура психических расстройств. Киев: Сфера, 2008. 126 с.
17. Перельман А.А. Шизофрения. Клиника, этиология, патогенез и лечение. Томск: Издательство Томского медицинского института, 1944. 288 с.
18. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. Пер. с франц. М.: Римис, 2008. 448 с.
19. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) [Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голанда В.Б.] СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2003. 588 с.
20. Штернберг Э.Я. Вопросы клиники и психопатологии шизофрении в современной зарубежной психиатрии. Обзор. Сообщение 2. // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1961. № 9. С. 1407–1421.
21. Юнг К. Г. Психологические типы Пер. с нем. СПб: Ювента, М.: Издательская фирма «Прогресс-Универс», 1995. 718 с.
22. Эй А. Шизофрения: Очерки клиники и психопатологии. Киев: Сфера, 1998. 388 с.
23. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
25. Benedetti G. The Bleuler tradition of the schizophrenia concept and Burghölzli as the site for psychotherapy of schizophrenic patients // Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. (1985). 1995. Vol.146. N 5. P. 195–199.
26. Blankenburg W. Der Verlust Der Natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Stuttgart, Germany: Enke, 1971. 154 S.
27. Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien / Handbuch der Psychiatrie [Ed. G. Aeschaffenburg]. Leipzig. – Wien: Deuticke, 1911. 420 S.
28. Esquirol J-E. Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: Tircher, 1838. P.1–2.

29. Ey H. La notion de Schizophrénie. Séminaire de Thuir Février-Juin. Paris, France: Descler de Brouwer, 1977. 303 p.
30. Henriksen M.G., Skodlar B., Sass L.A., Parnas J. Autism and perplexity: a qualitative and theoretical study of basic subjective experiences in schizophrenia // *Psychopathology*. 2010. Vol.43, N 6. P. 357–368.
31. Minkowski E. La Schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Paris, France: Payot, 1927. 286 p.
32. Parnas J., Bovet P., Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications // *World Psychiatry*. 2002. Vol.1, N3. P. 131–136.
33. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2011. Vol.37, N6. P. 1121–1130.
34. Prüter C., Kawohl W., Hoff P. A case of schizophrenia simplex? // *Nervenarzt*. 2004. Vol.75, N1. P. 63–66.
35. Scherbaum N. Psychiatry and psychoanalysis--Eugen Bleuler's "dementia praecox or group of schizophrenias" (1911) // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1992. Vol.60, N8. P. 289–295.
9. Zhmurov V.A. *Psikhopatologiya*. Irkutsk: Izdatel'stvo Irkutskogo universiteta, 1994. 544 p. (in Russian)
10. Konrad K. *Nezavisimiy psikiatr. zhurnal*. 2015. № 3. pp. 9–16. (in Russian)
11. Kornetov A.N., Samokhvalov V.P., Kornetov N.A. *Kliniko-genetiko-antropometricheskie dannye i faktory ekzogennoi ritmiki pri shizofrenii*. Kiev: Zdorov'ya 1984. 152 p. (in Russian)
12. Krasil'nikov G.T. *Zhurn. nevropatol. i psikiatr.* 1996. № 2. pp. 105–110. (in Russian)
13. Krechmer E. *Stroenie tela i kharakter*. Per. s nem. St.Petersburg: Akademicheskii proekt, 2015. 328 p. (in Russian)
14. Mikirtumov B.E., Zavitaev P.Yu. *Autizm. Istoriya voprosa i sovremenniy vzglyad*. St.Petersburg: Izdatel'stvo N-L, 2012. 144 p. (in Russian)
15. Nazloyan G.M. *Maskoterapiya. Metodika i tekhnika*. Moscow: NP Tsentr psikhoterapii (Maskoterapiya), 2005. 298 p. (in Russian)
16. Nuller Yu.L. *Struktura psikhicheskikh rasstroistv*. Kiev: Sfera, 2008. 126 p. (in Russian)
17. Perel'man A.A. *Shizofreniya. Klinika, etiologiya, patogenez i lechenie*. Tomsk: Izdatel'stvo Tomskogo meditsinskogo instituta, 1944. 288 p. (in Russian)
18. Piazhe Zh. *Rech' i myshlenie rebenka*. Per s frants. Moscow: Rimis, 2008. 448 p. (in Russian)
19. *Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00–F99). Klass VMKB-10, adaptirovanniy dlya ispol'zovaniya v Rossiiskoi Federatsii* [Pod obshchei redaktsiei Kazakovtseva B.A., Golanda V.B.] St.Petersburg: Izdatel'skii dom SPbMAPO, 2003. 588 p. (in Russian)
20. Shternberg E.Ya. *Zhurn. nevropatol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova*. 1961. № 9. pp. 1407–1421. (in Russian)
21. Yung K. G. *Psikhologicheskie tipy*. Per. s nem. St.Petersburg: Yuventa, Moscow: Izdatel'skaya firma «Progress-Univers», 1995. 718 p. (in Russian)
22. Ei A. *Shizofreniya: Ocherki kliniki i psikhopatologii*. Kiev: Sfera, 1998. 388 p. (in Russian)
23. Yaspers K. *Obshchaya psikhopatologiya*. Per.s nem. Moscow: Praktika, 1997. 1056 p. (in Russian)

Поступила 24.11.16.

REFERENS

1. Anufriev A.K., Liberman Yu.I., Ostroglazov V.G. *Glossarii psikhopatologicheskikh sindromov i sostoyanii*. Moscow, 1990. 105 p. (in Russian)
2. Barannikova L.I. *Osnovnye svedeniya o yazyke*. Moscow: Prosveshchenie, 1982. 112 p. (in Russian)
3. Binsvanger L. *Logos*. 1992. № 3. pp. 125–136. (in Russian)
4. Bleiler E. (Bleuler E.) *Autisticheskoe myshlenie*. Per. s nem. Odessa: druk. "Poligraf", 1927. 81 p. (in Russian)
5. Bukhanovskii A.O., Kutuyavin Yu.A., Litvak M.E. *Obshchaya psikhopatologiya: posobie dlya vrachei*. 3-e izd., pererab. i dop. Rostov-on-Don: Feniks, 2003. 416 p. (in Russian)
6. Virsh Ya. *Shizofrenicheskaya persona. Issledovaniya kliniki, psikhologii, sposoba Dasein'a*. Per. s nem. Moscow: Grifon, 2015. 228 p. (in Russian)
7. Vulf R. *Zhurnal Prakticheskogo Psikhologa*. 2003. № 3. pp. 43–53. (in Russian)
8. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Kostyuk G.P., Naryshkin A.V. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2013. №3. pp. 48–54. (in Russian)